

утвержденных Министерством Здравоохранения Республики Беларусь. Для постоянной obturации корневых каналов использовали отечественный материал на основе Минерал Триоксид Агрегата – «Рутсил» (регистрационный номер – Мн-7.116792-1210, «Гродно-Азот», Республика Беларусь) [1,2]. После рентгенологического контроля уровня и качества заполнения корневых каналов осуществляли отсроченную реставрацию пломбой из стеклоиономерного цемента.

Окончательную реставрацию коронки зуба провели композиционным материалом светового отверждения после рентген-контроля через 3 месяца с момента постоянной obturации корневых каналов материалом «Рутсил».

**Результаты лечения** показали, что применение отечественного материала на основе Минерал Триоксид Агрегата – «Рутсил» вызывает активизацию остеогенеза в тканях периодонта и приостанавливает процесс резорбции в линии перелома.

Пациент продолжает находиться на диспансерном учете с дополнительным проведением наиболее информативного метода исследования КЛКТ через 24 месяца после лечения.

**Выводы.** Применение отечественного материала на основе Минерал Триоксид Агрегата – «Рутсил» (Республика Беларусь) вызывает активизацию остеогенеза в тканях периодонта и приостанавливает процесс резорбции в линии перелома, сокращая сроки восстановления костной ткани по сравнению с традиционным лечением. В связи с полученными результатами представляется целесообразным дальнейшее исследование применения отечественного материала «Рутсил» для лечения поперечных переломов корней зубов. Использование дентальных снимков для диагностики таких осложнений является мало информативным. Для более точного обследования и изучения тканей периодонта мы рекомендуем использовать современный метод исследования - конусно-лучевую компьютерную томографию.

#### **Литература:**

1. Манак, Т.Н. Анализ свойств материала на основе минерал триоксид агрегата «рутсил» / Т.Н. Манак, Т.В.Чернышѐва, А.В. Сушкевич, М.И. Кузьменков, Н.М. Шалуха // Медицинский журнал. – 2013 – № 2. – С.141-144.

2. Байтус, Н.А Современный клинический подход в лечении деструктивных форм хронического апикального периодонтита / Н.А. Байтус, Ю.П. Чернявский // Стоматология. Эстетика. Инновации.: междун. научн.-практич. журнал. – 2020. – Т. 4, № 2. – С. 153–160.

**УДК 616.314:616.24-008.444]:534.292**

### **АНАЛИЗ ВНУТРИКОСТНЫХ И МЯГКОТКАННЫХ СТРУКТУР ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА**

**Барадина И.Н.<sup>1</sup>, Рубникович С.П.<sup>1,2</sup>, Бородин Д.М.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,

<sup>2</sup> УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

<sup>3</sup> ГУ «Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова», а/г. Лесной, Республика Беларусь

**Введение.** В обеспечении стоматологического здоровья одним из приоритетных направлений является решение сочетанной проблемы, которая включает не только нарушения в области верхних дыхательных путей, но и в области височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) [1–3]. При эпидемиологическом обследовании распространенности заболеваний ВНЧС (по данным ВОЗ в 2008 г.) в 35 странах мира выявлено, что в возрасте 35–45 лет уровень данного заболевания превышал 75 %. По данным последних исследований, 27 – 76 % пациентов, обращающихся к стоматологам, имеют нарушения функции ВНЧС [4, 5]. В 70–89 % случаев изменения в суставе не связаны с воспалительными процессами, а являются функциональными нарушениями, которые встречаются в своем большинстве при синдроме обструктивного апноэ сна (СОАС) и храпе, а также с признаками бруксизма [1, 4, 6–8]. Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) считается состоянием потенциально угрожающим жизни человека из-за наличия

большого количества остановок дыхания во сне, длительность которых составляет более 10 секунд с частотой их развития свыше 15 раз в час. В лечебные учреждения с жалобами на клинические проявления СОАС обращается пациентов 1-3% в популяции и увеличивается со временем [2, 5–7]. При изучении функции ВНЧС необходимо выявить изменения в внутри костных и в мягкотканых структурах, а метод УЗИ дает возможность визуализировать изображения суставного диска, связок, мышц, костных элементов и других образований в области ВНЧС, которые свидетельствуют о внутренних нарушениях ВНЧС [4, 5].

**Цель работы.** Провести оценку структурных изменений внутрисуставных костных и мягкотканых элементов височно-нижнечелюстного сустава, а также их взаимосоотношения у пациентов с апноэ.

**Материал и методы.** В исследование включён 81 пациент (средний возраст 36,5 лет) с признаками бруксизма в сочетании с синдромом обструктивного апноэ и храпом. Давность заболевания составляла не более 5 лет. Каждому пациенту проводился клинический осмотр, пальпация и изометрические тесты мышц челюстно-лицевой области (ЧЛО) и ВНЧС, аускультация в области ВНЧС, полисомнография, УЗИ ВНЧС. Исследование УЗИ проводили на аппарате экспертного класса «Алюкаа-7» производства РФ с технологией получения изображения с высоким качеством и разрешением при использовании фундаментальных частот и тканевой гармоник. Изучались: поверхности суставной головки и ее контуров; форма, размер и положение суставного диска при закрытом рте в привычной окклюзии; биламинарной зоны; заднего капсульно-шеечного пространства; суставной капсулы; структура и ход волокон жевательных мышц.

**Результаты и обсуждение.** Из полученных нами данных УЗИ исследования ВНЧС пациентов выяснилось, что: структура и ход волокон жевательных мышц не изменены в большинстве случаев (88,9%); у 92,6% пациентов группы исследования контуры суставной головки неровные и прерывистые (слева – 49,3%, справа – 50,7%, достоверного различия по наличию дефектов между правой и левой стороной не установлено, и имеют на своей поверхности остеофиты размером 2,1– 0,3 мм, и только 7,4% пациентов имеют ровные и четкие контуры суставной головки с правильной полукруглой суставной поверхностью без эрозий и остеофитов. Суставная головка уплощена у 38,3% пациентов группы исследования (слева – 48,0%, справа – 52,0%, достоверного различия по наличию дефектов между правой и левой стороной не установлено. Нормальное положение суставного диска и правильную (двойковогнутую) форму имеют 97,5% пациентов группы исследования. Толщина суставного диска в переднем отделе в среднем по группе исследования составила  $2,43 \pm 0,11$  мм, что на 19,0% ниже физиологической нормы ( $p < 0,05$ ), при этом достоверного различия между правой и левой стороной не установлено (слева –  $2,36 \pm 0,08$ , справа –  $2,49 \pm 0,07$ ,  $p \geq 0,05$ ), в заднем отделе средний показатель составил –  $2,53 \pm 0,13$  мм, что на 27,71% ниже физиологической нормы ( $p < 0,01$ ), достоверного различия между правой и левой стороной не установлено (слева –  $2,50 \pm 0,07$ , справа –  $2,56 \pm 0,08$ ,  $p \geq 0,05$ ), в среднем отделе показатель составил –  $1,74 \pm 0,18$  мм, что на 20,9% ниже физиологической нормы ( $p < 0,05$ ), при этом достоверного различия между правой и левой стороной не установлено (слева –  $1,61 \pm 0,05$ , справа –  $1,86 \pm 0,16$ ,  $p \geq 0,05$ ). Следует отметить, что наиболее значимо деформации подвергается задняя часть суставного диска ( $p < 0,01$ ), по сравнению с передним и средним отделами.

Размер внутрисуставной щели в среднем по исследуемой группе составил  $0,74 \pm 0,09$  мм (слева –  $0,74 \pm 0,06$  мм, справа –  $0,73 \pm 0,07$  мм достоверного различия между правой и левой стороной не установлено,  $p \geq 0,05$ ). Заднее капсульно-шеечное пространство составило по группе –  $1,33 \pm 0,08$  мм (слева –  $1,34 \pm 0,05$  мм, справа –  $1,32 \pm 0,06$  мм достоверного различия между правой и левой стороной не установлено,  $p \geq 0,05$ ; суставной капсулы –  $1,02 \pm 0,02$  мм (слева –  $1,03 \pm 0,01$  мм, справа –  $1,01 \pm 0,01$  мм достоверного различия между правой и левой стороной не установлено,  $p \geq 0,05$ ). Изменений в биламинарной зоне не отмечается. Смещение внутрисуставного диска не выявляется.

**Выводы.** Изменения структурных элементов в ВНЧС у пациентов с СОАС и храпом, в сочетании с признаками бруксизма характеризуются в 92,6% случаев неровными и прерывистыми контурами суставной головки, имеющей на своей поверхности остеофиты размером 2,1 – 0,3 мм,

изменениями со стороны толщины суставного диска, где наиболее значимо деформации подвергается задняя часть суставного диска ( $p < 0,01$ ), достоверно значимой деформацией средней части суставного диска, нарушениями размера внутрисуставной щели и заднее капсульно-шеечного пространства, изменениями суставной капсулы. Выявить изменения в биламинарной зоне и изменение положения суставного диска при закрытом рте в привычной окклюзии не представилось возможным.

#### **Литература:**

1. Казакова, Ю.М. Распространенность патологии височно-челюстного сустава у лиц молодого возраста / Ю. М. Казакова, А. А. Демидова // Образование, организация, профилактика и новые технологии в стоматологии : сб. тр., посвящ. 50-летию стоматол. фак. Белорус. гос. мед. ун-та / ред.: И. О. Походенько-Чудакова. – Минск, 2010. – С. 301–305.
2. Колядич, Ж. В. Синдром обструктивного апноэ сна: взгляд оториноларинголога и сомнолога / Ж. В. Колядич, А. Л. Калинин // Терапия. – 2016. – Т. 2, № 1. – С. 42–50.
3. Пантелеев, В.Д. Диагностика нарушений артикуляции нижней челюсти у пациентов с дисфункциями височно-нижнечелюстного сустава / В. Д. Пантелеев, Е. М. Рощин, С. В. Пантелеев // Стоматология. – 2011. – Т. 90, № 1. – С. 52–57.
4. Диагностика заболеваний височно-нижнечелюстного сустава / С.П. Рубникович [и др.]. – Минск : Нац. акад. наук Беларуси, Белорус. мед. акад. последиплом. образования. – 2019. – 189 с.
5. Лечебные мероприятия, содействующие восстановительным процессам в зубочелюстной системе у пациентов с бруксизмом / С.П. Рубникович [и др.] // Стоматология. Эстетика. Инновации – 2017. – №3. – С. 306–317.
6. Метод цифровой диагностики звуковых явлений в области височно-нижнечелюстных суставов / С.П. Рубникович [и др.] // Стоматолог. Минск – 2019. – №3(34). – С. 30-34.
7. Рубникович, С.П. Определение анатомо-томографических показателей височно-нижнечелюстных суставов с применением программы «Osteovizor» / С.П. Рубникович, Ю.Л. Денисова, И.Н. Барадина // Стоматология. Эстетика. Инновации. – 2017. – № 2. – С. 169–180.
8. Современные подходы к диагностике синдрома обструктивного апноэ сна / Д. А. Затолака [и др.] // Вестн. оториноларингологии. – 2013. – № 1. – С. 58–60.

**УДК 616.31-085**

### **КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРИЗНАКАМИ БРУКСИЗМА**

*Грищенко А.С.<sup>1</sup>, Рубникович С.П.<sup>1,2</sup>, Денисова Ю.Л.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

<sup>2</sup> УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
Минск, Республика Беларусь

**Введение.** На протяжении последних десятилетий отмечается рост численности пациентов с функциональными расстройствами жевательно-речевого аппарата. Ведущим этиопатогенетическим фактором в развитии данной группы заболеваний является психогенный, зачастую нераспознанный и не устраненный своевременно, приводящий к осложнению патологии абфракциями, повышенной стираемостью зубов, периодонтитами, деформациями и дефектами зубных рядов [1, 2]. Дисфункций височно-нижнечелюстного сустава, сочетающиеся с гипертензией жевательных мышц требуют комплексного подхода в лечении, включающего в том числе современные технологии протезирования [3–5]. Важно отметить, что в тех клинических случаях, где мышечно-суставная патология осложнена сопутствующими стоматологическими заболеваниями и сроки реабилитации пациентов увеличены, представляется актуальным восстановление эстетики улыбки и лица с применением современных технологий протезирования на этапах подготовительного ортопедического лечения [4, 5].